

利用者負担説明書

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる**通常1割の自己負担分**と保険給付対象外の費用（居住費、食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、個室等の室料、理美容代、クラブ等で使用する材料費、診断書等の文書作成費等）を**利用料**としてお支払いいただく2種類があります。

なお、介護保険の保険給付の対象となっているサービスは、利用を希望されるサービス＜入所、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）通所リハビリテーション＞毎に異なります。

また、利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の施設（認知症ケア加算）等で異なりますし、利用料も各施設ごとの設定となっております。当施設の利用者負担につきましては、次頁以降をご参照下さい。

介護保険には、大きくわけて、入所をして介護保険を利用する施設サービスと在宅にいて種々のサービスを受ける在宅サービスがありますが、それぞれ利用方法が異なります。

施設サービスを希望される場合は、直接施設にお申し込みいただけますが、**（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）通所リハビリテーションは、在宅サービス**であり、原則的に利用に際しては、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成したあとでなければ、保険給付を受けることができませんので注意が必要です。また、個別リハビリテーションや入浴といった加算対象のサービスも、ケアプランに記載がないと保険給付を受けられませんので、利用を希望される場合は、ケアプランに記載されているかいないかをご確認ください。

ケアプランは利用者ご本人が作成することもできますが、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所、地域包括支援センターに作成を依頼することもできます。

詳しくは、介護老人保健施設の担当者にご相談ください。

1 保険給付の自己負担額 / 月 (非課税)	
・要支援 1	2,566 円
・要支援 2	5,017 円

上記介護予防通所リハビリテーション費に下記の金額が加算されます。

- * サービス提供体制強化加算 / 月 (いずれか一方が加算されます)
 - 介護職員のうち介護福祉士を 40%以上配置している場合 要支援 1 50 円
 - 要支援 2 99 円
 - 3 年以上勤務している職員を 30%以上配置している場合 要支援 1 25 円
 - 要支援 2 50 円

- * 運動器機能向上加算 / 月 232 円
個別の計画に従い、運動器の機能向上を目的として、心身の状態の維持又は向上に資すると認められるリハビリテーションを行った場合

- * 栄養改善加算 / 月 155 円
低栄養状態にある又はそのおそれのある方に対し、低栄養状態の改善等を目的として、個別的实施される栄養食事相談等の栄養管理であって、その方の心身の状態の維持または向上に資すると認められるものを行った場合

- * 口腔機能向上加算 / 月 155 円
口腔機能が低下しているまたはそのおそれのある方に対し、口腔機能の向上を目的として、個別的实施される口腔清掃の指導もしくは実施または摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施であって、その方の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合

- * 若年性認知症利用者受入加算 / 月 249 円
若年性認知症の方を受け入れ、担当者を中心に特性に応じたサービスを行った場合

ただし、月額、端数処理の為、差異が生じます。

2 利用料（非課税）

食費 460円

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

おむつ代 パンツ式 160円

紙おむつ 120円

ケアパット 30円

施設でご用意したおむつをご利用いただいた場合にお支払いいただきます。

その他の費用

診断書等の文書の発行に係る費用が生じた場合にお支払いいただきます。

介護老人保健施設 希望

管理者 太田 正幸

(介護予防通所リハビリテーション用)

介護老人保健施設のサービス提供に伴う利用者負担にかかる同意書

介護老人保健施設の介護予防通所リハビリテーションサービスを利用するにあたり、この利用者負担に関して、担当者による説明を受け、介護老人保健施設の介護予防通所リハビリテーションサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意します。

平成 年 月 日

<利用者>

氏 名

印

<扶養者>

氏 名

印

介護老人保健施設 希望
管理者 太田 正幸 殿